

## AVIS DE FACTURATION DU COMPTE

Nom de la Partie Responsable _____	Nom de la Personne _____
Adresse de la rue _____	N° ID TABS : _____
_____	N° de Compte: _____
Ville, État, Code postal _____	Prestataire de Services _____
	Adresse de la Rue _____
	_____
	Ville, État, Code postal _____
	Téléphone: _____

Un nouveau compte de facturation pour la personne susmentionnée est en cours de création.. Effectif \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ le montant mensuel maximum qui vous sera facturé pour les services est de \_\_\_\_\_ \$.\*

Votre tarif actuel est modifié comme suit:

Nouveau montant mensuel total: \_\_\_\_\_ \$\*

Date d'effet: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Raison du changement \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Un montant supplémentaire par mois vous est facturé pour payer une augmentation de tarif approuvée par l'État pour les services reçus.

Période d'effet \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Frais mensuels supplémentaires: \_\_\_\_\_ \$

Nouveau montant total des frais mensuels: \_\_\_\_\_ \$\*

Vous êtes remboursé(e) pour un montant de \_\_\_\_\_ \$ pour une baisse de tarif approuvée par l'État pour les services reçus.

**\* Les frais seront appliqués comme suit:**

Service _____	Montant _____	\$
Service _____	Montant _____	\$
Service _____	Montant _____	\$
Service _____	Montant _____	\$

CES FRAIS SONT ÉTABLIS CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DE LA sous-partie 635-12.5(b) et 635-12.9 du 14 NYCRR.

---

**CECI N'EST PAS UNE FACTURE - N'ENVOYEZ PAS DE PAIEMENT AVANT D'AVOIR REÇU UNE FACTURE**

---

Copie à: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_